

Ein Beitrag zur Frage der nosologischen Stellung der Hypochondrie

Terms and Conditions / Publikationserlaubnis

Die Erlaubnis zur Einsicht in die handschriftlichen Materialien schließt nicht die Erlaubnis zu deren Veröffentlichung ein. Diese bedarf der Zustimmung der Bibliothek. Bei jeder beabsichtigten Veröffentlichung oder bildliche Wiedergabe in gedruckten wie auch elektronischen Medien wird der Benutzer nachdrücklich gebeten, das Vorhaben jeweils vorher schriftlich mitzuteilen. Dies gilt auch für jede kommerzielle Verwendung. Für die Wahrung aller an einzelnen Objekten etwa bestehenden Urheber- und Persönlichkeitsrechte trägt der Benutzer selbst die Verantwortung. Die Handschriften, Autographen und Nachlässe sind mit ihren vollständigen Signaturen und der Besitzangabe „Universitätsbibliothek Kiel“ zu zitieren.

Bei Nutzung unserer alten Drucke für eine gedruckte oder elektronische Publikation ist die „Universitätsbibliothek Kiel“ als Besitzerin der im Internet abgebildeten Objekte zu benennen.

Wir bitten Sie, bei Nutzung unserer digitalisierten Bestände für Publikationszwecke ein Exemplar der Veröffentlichung als Beleg an die Bibliothek abzugeben.

Terms of use for the Digital Collections

Kiel University Library offers its Digital Collections free of charge for non-commercial research and teaching purposes.

Publication regulations

Please note that the permission to consult materials of our manuscript collection does not include the permission to publish them. Any publication requires Kiel University Library's consent. In case you would like to publish any of our materials we strongly ask you to notify us in advance (written form required). This holds true for both textual and visual reproductions in printed as well as electronic documents. The policy applies to all kinds of purposes, especially any commercial purposes you might pursue. It is the recipient's obligation to maintain any copyrights and personal rights that might exist. All reproductions of our manuscripts, autographs and literary estates have to be cited with their entire call number and the credit line "Kiel University Library".

When using parts of our digitized old and rare books for a publication (whether in printed or electronic form) it is compulsory that „Kiel University Library“ is cited as the copyright holder of the objects displayed on our website. In this case we kindly ask you to submit us a voucher copy of your publication.

Contact:

Universitätsbibliothek Kiel
Leibnizstr. 9
24118 Kiel
Germany
Email: auskunft@ub.uni-kiel.de

YUKI 07050

Aus der Psychiatrischen Klinik zu Kiel.

Ein Beitrag
zur
Frage der nosologischen Stellung
der Hypochondrie.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der medizinischen Fakultät
der Königlichen Christian Albrechts-Universität zu Kiel
vorgelegt von
Ernst Wolffson
Medizinalpraktikant aus Hamburg.

Kiel 1906.
Druck von A. F. Jensen.

TU07 K150



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

RE

Aus der Psychiatrischen Klinik zu Kiel.

Ein Beitrag
zur
Frage der nosologischen Stellung
der Hypochondrie.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der medizinischen Fakultät
der Königlichen Christian Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Ernst Wolffson
Medizinalpraktikant aus Hamburg.

Kiel 1906.

Druck von A. F. Jensen.

Nr. 14.

Rektoratsjahr 1906/7.

Ref.: **Siemerling.**

Zum Drucke genehmigt:

Dr. Hensen,

z. Z. Dekan.

Meinen Eltern.

Meinen Eltern.

Die Eltern
Herrn Dr. med.
Herrn Dr. med.
Herrn Dr. med.
Herrn Dr. med.

Während die Hypochondrie als Krankheit schon seit Jahrhunderten Ärzten wie Laien bekannt war — spricht doch schon Galen vom morbus hypochondriacus — so hat doch die Definition und die Klassifizierung dieses Leidens im Laufe der Zeiten viele und eingreifende Veränderungen erfahren müssen.

In den ältesten Beschreibungen, die uns erhalten sind, werden die Beschwerden im Bereiche des Verdauungssystems, besonders die der regio hypogastrica, in den Mittelpunkt des ganzen Krankheitsbildes gerückt; die psychische Verstimmung, der unsere Zeit ihr Interesse zuwendet, spielt dagegen nur eine sehr untergeordnete Rolle. Als der primäre Vorgang werden die Veränderungen des Organismus aufgefaßt, mögen sie nun die Verdauungsorgane selbst betreffen, oder als Folgezustand einer Alteration ihres Nervensystems angesehen werden, um die Vorgänge im Bereich der Psyche kümmert man sich kaum und erwähnt sie nur als nebensächliche Begleiterscheinung.

Ein Wandel in diesen durch eine lange Reihe von Jahren unerschütterten Anschauungen trat erst im Beginn des 19. Jahrhunderts durch die Arbeiten französischer Forscher ein, die das einseitige ätiologische Moment der körperlichen Erkrankung durch die Auffassung vom Wesen des Leidens als Psychose ersetzten. Daß die Hypochondrie eine selbständige Krankheit sei, darüber waren sich alle Autoren einig, nur über die Art der Entstehung, über die Beteiligung des Gehirns herrschten Meinungsverschiedenheiten. Während die einen die geistigen und körperlichen Krankheitserscheinungen einer fehlerhaften Art des Denkens und einer »ausschließlichen Beschäftigung der Seele mit der anhaltenden und übertriebenen Furcht vor bizarren und imaginären

Krankheiten« (Nolte) ohne Beteiligung des Gehirns zugeschrieben, vertraten andere Forscher auf das bestimmteste die Anschauung, dem Leiden liege eine Erkrankung des Gehirns zu Grunde. Diese war nach der Ansicht der einen primär entstanden, nach der anderer erst sekundär als Folge sonstiger nervöser Erscheinungen, die durch eine krankhafte Veränderung des Magens hervorgerufen oder allgemeiner Natur waren. Daß neben der primären psychischen Erkrankung auch eine solche des Körpers auftrate, wurde mit der damals herrschenden Annahme begründet, daß in den Organen, auf die lange Zeit in gesteigertem Maße das Denken gerichtet war, und die den Schauplatz für besondere Empfindungen boten, sich schließlich anatomische Veränderungen im Sinne dieser Gedanken und Gefühle entwickeln könnten.

In der überwiegenden Mehrzahl der Beschreibungen aus der Mitte des vorigen Jahrhunderts wird die Hypochondrie als Nervenerkrankung angesehen, nur wenige Autoren schildern sie schon damals als Psychose. Unter diesen findet sich Griesinger, der die Hypochondrie als die mildeste Form des Irreseins den psychischen Depressionszuständen zurechnet und besonders hervorhebt, daß trotz der Gemütsverstimmung, die aus starkem körperlichen Krankheitsgefühl hervorgehe, doch die äußere Besonnenheit lange erhalten bleibt, die falschen Vorstellungen logisch verarbeitet und mit im Bereich des Möglichen liegenden Gründen gerechtfertigt werden. »Eben durch diesen Mangel eigentlicher Geistesverwirrung erscheint die Hypochondrie wesentlich als schwer-mütige folie raisonnante.«

Einen Wendepunkt in der Auffassung über die nosologische Stellung der Hypochondrie bezeichnet das Jahr 1880, in welchem Beard seine vielgelesene Monografie der »nervous exhaustion« veröffentlichte. In dem Hasten und Treiben des amerikanischen Lebens bot sich ihm ein überreiches Material, auf das gestützt er ein klares, abgeschlossenes Bild der Neurasthenie zu geben vermochte. Seit diesem Zeitpunkt ist die Auffassung, die Hypochondrie sei eine selbständige Krankheit, von der Mehrheit der Forscher fallen gelassen. Sie wird als eine Teilerscheinung, von R. Arndt sogar als Kardinalsymptom des neurasthenischen Irreseins

angesehen und diesem Krankheitsbild einverleibt. Über ihre Entstehungsweise aus der nervösen Erschöpfung sagt Kraepelin: Der Neurastheniker ist sich vollkommen darüber klar, daß sein Zustand als ein ungesunder betrachtet werden müsse. Leicht kommt er zur Befürchtung, er stehe im Beginn eines gefährlichen Leidens, und dem befangenen Blick bietet sich eine Menge Anhaltspunkte zur Begründung dieser Anschauung. So entsteht häufig jene Form psychischer Erkrankung, die man früher als Hypochondrie bezeichnet, jetzt aber als Teilerscheinung des neurasthenischen Irreseins erkannt hat. Die hypochondrischen Vorstellungen »wachsen aus der Verstimmung hervor, die sich auch des kräftig veranlagten Mannes bemächtigt, wenn er abgearbeitet und gehetzt, die Abnahme der Leistungsfähigkeit in der wachsenden Erschwerung seiner Arbeit empfindet.« Primär also ist die Erschöpfung des Nervensystems, aus ihr erwächst der hypochondrische Wahn.

Je mehr das Krankheitsbild der Neurasthenie ausgebaut wurde, um so mehr wurde das Gebiet der Hypochondrie, zu der man früher die sogenannten nervösen Symptome gerechnet hatte, eingeengt. Nur eine kleine Minderheit von Autoren hat an der Auffassung festgehalten, an deren Richtigkeit früher niemand gezweifelt hatte, daß die Hypochondrie eine Krankheit sui generis sei. Doch auch in ihrem Lager herrscht Uneinigkeit über die Definition, die Entstehungsursachen und den Verlauf des Leidens.

Zwischen den beiden Lösungen: »Hypochondrie ist selbständige Krankheit« und: »Hypochondrie ist Teilerscheinung der Neurasthenie« steht die Auffassung Jollys und Binswangers. Ersterer sagt in seiner neueren Beschreibung der Hypochondrie: Das Verhältnis der Hypochondrie zur Neurasthenie lasse sich am besten dadurch kennzeichnen, daß fast ausnahmslos der hypochondrische Zustand sich auf neurasthenischer Grundlage entwickele. Grade die durch Neurasthenie bedingten Veränderungen der Selbstempfindung böten die Materie für die hypochondrischen Beängstigungen und Vorstellungen. Das Angstgefühl, eine häufige Begleiterscheinung der Neurasthenie, seine feste Verknüpfung mit bestimmten Vorgängen, bildeten den direkten Übergang zur

Hypochondrie. Durch die dieser eigentümliche Verstimmung und die immer wieder auf die eigenen Empfindungen und Zustände gerichteten Vorstellungen und Befürchtungen werde ein so charakteristisches Krankheitsbild erzeugt, daß es richtiger erscheine, dieses als ein besonderes festzustellen.

Auch Binswanger vertritt den Standpunkt, daß die Hypochondrie auf dem Boden der Neurasthenie erwachse, daß sie nur eine Verschärfung des Nervenleidens nach der psychischen Seite darstelle. Darum hält er es nicht für richtig, wenn man die Diagnose Hypochondrie stets durch die der Neurasthenie ersetze. Denn zu den beiden gemeinschaftlichen Erscheinungen trete bei der Hypochondrie das psychopathologische Symptom der einseitigen fantastischen Verarbeitung der krankhaften Empfindungen zu hypochondrischen Wahnvorstellungen, sowie die Rückwirkung dieser auf die körperlichen Vorgänge.

Kraft-Ebing hält fest an einer reinlichen Scheidung zwischen den beiden strittigen Krankheitsbildern und hebt zur Differentialdiagnose besonders folgendes hervor: Die Hypochondrie, deren Grundempfindung eine Hyperästhesie und Depression des Gemeingefühls ist, hat viele Berührungspunkte mit der Neurasthenie, da diese häufig den Ausgangspunkt für die hypochondrische Verstimmung und Wahnvorstellung bildet. Doch darf man beide Krankheitsformen keinesfalls zusammenwerfen, da es Fälle von Hypochondrie ohne Neurasthenie, von Neurasthenie ohne Hypochondrie gibt, wenn auch zugegeben werden muß, daß in der Regel die Furcht vor Krankheit eine wichtige Rolle in dem pathologischen Vorstellungskreis der Neurastheniker spielt. Dazu kommt, daß die scheinbar übereinstimmenden Absonderlichkeiten des Denkens und Empfindens bei beiden Leiden auf verschiedenen Wegen vermittelt werden: bei dem Hypochonder sind die abnormen Sensationen sekundäre, aus krankhafter Idee entstandene, beim Neurastheniker sind sie das Primäre und die krankhafte Idee gesellt sich zu ihnen als ein bewußt oder unbewußt unternommener Erklärungsversuch.

Auch Raecke kommt in seiner Arbeit über die Hypochondrie zu dem Ergebnis, daß man die Krankheit als ein morbus sui generis beibehalten müsse. Er geht näher

ein auf die Differentialdiagnose gegenüber der Melancholie (sekundäre Entstehung der Verstimmung, geringere Heftigkeit der Angst, der Mangel jeder Selbstvorwürfe, leichtere Ablenkbarkeit), gegenüber der Paranoia (das Fehlen ausgesprochener Wahnbildung, des Projizierens der Sensationen auf die Umgebung, des Verfolgungs-, Beziehungs- und Größenwahns), gegenüber der Hysterie (schwächere Suggestibilität, geringerer Wechsel der Symptome, das Fehlen von Stigmata).

Schließlich kommt er zur Aufstellung folgender Leitsätze:

1. Die Hypochondrie ist eine selbständige, in sich abgeschlossene Krankheitsform, die aber mit Vorliebe auf dem Boden der Neurasthenie, seltener der Hysterie sich entwickelt; zu beiden Krankheitsgruppen existieren fließende Übergänge.

2. Bei scheinbarem Übergang einer hypochondrischen in eine andere Psychose handelt es sich meist um das hypochondrische Vorstadium einer andersartigen Irreseinsform. Die richtige Deutung solcher Fälle von Pseudohypochondrie stößt nur im Beginn des Leidens und bei kurzer Beobachtungsdauer auf Schwierigkeiten.

Noch verschiedene Forscher stehen auf dem hier vertretenen Standpunkt. Sie heben durchweg hervor, daß, wenn auch oft Übergänge zwischen Neurasthenie und Hypochondrie bestehen und Mischformen ungemein häufig sind, doch schon der Umstand, daß der Neurastheniker kein Hypochonder, der Hypochonder kein Neurastheniker zu sein brauche, es verbiete, die eine Krankheit der andern einzuverleiben. Groß ist auch ferner der Unterschied, daß die Neurasthenie in ihrer chronischen Form die geistige und körperliche Arbeitsfähigkeit auf ein Nichts herabsetzt, die Hypochonder dagegen, mit Ausnahme der am schwersten erkrankten, noch jahrelang ihrem Berufe nachgehen können, zwar stets unglücklich in dem Gefühl ihres unheilbaren Siechtums, aber doch imstande ihren Platz auszufüllen.

Wenn wir, ohne die Frage des Verhältnisses der Hypochondrie zur Neurasthenie weiter zu berücksichtigen, die Definitionen betrachten, die in stattlicher Anzahl aus alter und neuer Zeit vorliegen, so ergibt sich dabei zugleich

eine neue Frage betreffs der nosologischen Stellung der uns hier interessierenden Krankheit.

Romberg redet von der »psychischen Hyperästhesie« als von einer Erregung und Unterhaltung abnormer Sensationen, bedingt durch das Fixieren von Empfindungen durch den Geist. Nur wo geistige Intention neue Sensationen schaffe, sei Hypochondrie vorhanden.

Während diese Erklärung noch aus der Zeit stammt, in der die Hypochondrie als Nervenerkrankung betrachtet wurde, sehen die folgenden sämtlich in ihr eine Psychose.

Mendel definiert das Leiden, das er unter die Zahl der depressiven Geisteskrankheiten rechnet, »als eine funktionelle Hirnerkrankung, deren wichtigste Symptome Furcht und Angst in bezug auf den Zustand des eigenen Körpers sind.«

Wie durch diese funktionelle Hirnerkrankung, eine pathologische Veränderung der Hirnrinde, die hypochondrischen Wahnvorstellungen entstehen, zeigt uns Hitzig, der seine Definition: »Hypochondrie ist eine krankhafte Veränderung der Selbstempfindung« näher begründet durch Klarlegung des letzteren Begriffes. Das Wesen der Selbstempfindung bestehe in einer normalerweise die Schwelle des Bewußtseins nur wenig oder garnicht überschreitenden Wahrnehmung der einzelnen Organe. Nicht anders wie bei der Hypochondrie sei die krankhafte Veränderung der Selbstempfindung eins der hauptsächlichsten Zeichen der meisten Geisteskrankheiten, bei ihr aber trete sie besonders in den Vordergrund wegen der eigentümlichen Form, in der sie zum Ausdruck gelange. Der Anlaß zu diesen eigenartigen Störungen liege in der krankhaften Veränderung der Großhirnrinde. Sie sei nicht mehr imstande, die ihr zuströmenden physiologischen Reize richtig zu verarbeiten, sie gestalte sie zu pathologischen Bewußtseinsvorgängen.

Wie Schüle, der von einer »psychischen Neurose auf Grundlage einer Hyperästhesie der Empfindungsnerve einzelner oder aller Organgebiete und mit der Wirkung eines dadurch gesetzten Zwanges auf das gesamte Seelenleben« gesprochen hatte, teilt auch Kraft-Ebing Hitzigs Standpunkt von der primären Störung der Selbstempfindung. Er

schildert die Hypochondrie als eine Gemeingefühlsneurose mit nie fehlender reaktiver Beteiligung der psychischen Sphäre. In ihrer Grunderscheinung müsse man sie als Hyperästhesie und Depression der Gemeingefühlsempfindung auffassen, bestehend in dem Gefühl schweren körperlichen Leidens mit den entsprechenden Wahnvorstellungen.

Jollys Definition: »Hypochondrie ist jene Form der traurigen Verstimmung, in welcher die Aufmerksamkeit des Kranken anhaltend oder vorwiegend auf die Zustände des eigenen Körpers oder Geistes gerichtet ist« mit dem Hitzigschen Zusatz, daß »jene auf einer krankhaften Veränderung der Selbstempfindung beruhende Form« gemeint sei, ist die heute am meisten zitierte Umschreibung des Wesens der Krankheit.

Wenn nun auch eine große Reihe von Krankheitsfällen sich ohne Mühe dem Rahmen dieser Definition einfügen läßt, so ergibt doch eine genaue Prüfung, daß sie nach Art der Entstehung, des Verlaufs und der Prognose nicht den geringsten Anspruch auf Gleichheit erheben können. Zustände, wie sie bei Paranoia, Dementia paralytica, Hysterie, Melancholie, Dementia praecox und senilis vorkommen, lassen sich vollkommen der Jolly-Hitzigschen Umschreibung unterordnen und müssen erst durch besondere Unterscheidungsmerkmale ausgesondert werden. Und auch die Fälle, die sich durch eine längere Dauer des durch die Definition gekennzeichneten Zustandsbildes auszeichnen, sind nach Aetiologie und Art des Verlaufes oft derart von einander verschieden, daß manche Forscher zu dem Ergebnis kommen, die Hypochondrie sei überhaupt keine selbständige Krankheit. Sie sehen in ihr sogar nicht einmal eine pathologische Erscheinung, die man einem bestimmten Leiden als charakteristisch zurechnen müßte. Sie fassen sie nur als einen Symptomkomplex auf, an dem mehr oder weniger alle Psychosen beteiligt sein können. Wollenberg erklärt: »Die Bezeichnung Hypochondrie im allgemein gebräuchlichen Sinne bedeutet kein einheitliches Krankheitsbild, sondern deckt sehr verschiedene Zustände.« Ja, er geht noch weiter. An einer Reihe von Krankheitsbildern, die den Namen Hypochondrie tragen, sucht er den Nachweis zu erbringen, daß sie auf andere Krankheitsformen zurückzuführen und ihnen unterzuordnen sind; daß immer

dieser Grundzustand dem Fall sein Gepräge gibt, Verlauf und Ausgang bestimmt; daß in allen Definitionen, die gegeben sind, nichts als besonders charakteristisch für eine selbständige Krankheit aufgefaßt werden kann außer »der steten Bereitschaft zu allegorischer, vielfach ganz absurder Verarbeitung der Sensationen« (Krafft-Ebing). Diese aber sei nur ein Symptom, das nicht die Grundlage einer selbständigen Krankheit bilden könne. Wollenbergs Folgerungen ergeben, »daß die Hypochondrie als eigentliche Krankheit nicht aufrecht erhalten werden kann, daß sie vielmehr einen psychopathologischen Zustand, eine krankhafte Disposition besonderer Art darstellt.« Nur aus praktischen Gründen könne die Beibehaltung der Bezeichnung Hypochondrie für bestimmte Zustandsbilder gerechtfertigt werden.

Zu einem ganz ähnlichen Resultat über die nosologische Stellung der Hypochondrie kommt Ziehen: »Hypochondrie ist ebenso wenig eine Krankheit wie Verfolgungswahn. Auf den Inhalt der Vorstellung sollte niemals die Klassifikation der Geisteskrankheiten gegründet werden. Was man früher Hypochondrie nannte, gehört teils zur *Melancholia hypochondriaca*, teils zur *Paranoia hypochondriaca*, teils zur hypochondrischen Form der Neurasthenie, teils endlich zum phrenoleptischen Irresein«.

Auch Schott unterstützt diese Bestrebungen, die den Namen Hypochondrie für eine bestimmte Krankheitsform aus der medizinischen Nomenklatur gestrichen sehen wollen. Er sagt, daß hypochondrische Wahnideen bei allen Irreseinsformen gelegentlich vorkommen können, besonders bei solchen, bei denen die egoistischen Vorstellungen den altruistischen überlegen seien. Die hypochondrische Disposition ist nur ein Ausdruck der Entartung, »sie ist für von Hause aus geschwächte, minderwertige, invalide Gehirne kennzeichnend« (Schüle).

Der Versuch der letztzitierten drei Autoren, die Hypochondrie gänzlich andern Krankheiten einzuverleiben, scheint uns zu weitgehend zu sein, ebenso wie der, sie als Teilerscheinung der Neurasthenie unterzuordnen. Gewiß sind die Fälle reiner Hypochondrie sehr selten. Raecke berichtet, daß von ca. 2800 Kranken, die in 7 Jahren in der Tübinger

Klinik aufgenommen wurden, nur 42 einen rein hypochondrischen Symptomkomplex zeigten, und von diesen mußten 15 wieder ausgeschieden werden, da im Verlauf der Behandlung klar wurde, daß es sich bei ihnen nur um das hypochondrische Vorstadium anderer Psychosen handelte. Bei 9 Fällen war die Zeit der Beobachtung zu kurz, bei den übrigbleibenden 18 blieb das Zustandsbild durch Jahre hindurch derart unverändert, ohne sich in eine andere Irreseinsform zu verwandeln, daß man von einem sicheren Bestehen einer Hypochondrie als besonderer Krankheit sprechen konnte.

Auch von Böttiger werden Krankengeschichten mitgeteilt, die diese Anschauungen bestätigen, und auch wir werden unten die Erscheinungen und den Verlauf eines Falles schildern, der die Beibehaltung des Namens Hypochondrie für eine selbständige Krankheit rechtfertigen dürfte.

Wenn wir uns also der Ansicht Wollenbergs über die nosologische Stellung der Hypochondrie nicht anschließen vermögen, so müssen wir ihm doch darin zustimmen, daß von den bisher gegebenen Definitionen nicht eine ausreicht, um ein Krankheitsbild klar abzugrenzen, das den Namen Hypochondrie verdiente, daß vielmehr diese Umschreibungen auch auf Zustände Anwendung finden könnten, die andern Krankheiten angehören.

Um das Wesen der Hypochondrie zu erkennen, ist es nötig, ihre hauptsächlichsten Erscheinungsformen etwas näher zu betrachten.

Das charakteristischste Symptom der Krankheit besteht in der veränderten Selbstempfindung mit Unlustgefühlen, die sich zwangsweise immer wieder dem Kranken aufdrängen und schließlich bei länger bestehender Dauer zu einer depressiven Verstimmung führen. Diese kann auf den Kranken selbst beschränkt bleiben, er kann sie aber auch weiterhin auf seine Umgebung übertragen. Natur und Menschen erscheinen ihm farblos, öde und traurig. Damit verschwindet alles Verlangen nach Freude, jeder Genuß durch die Annehmlichkeiten des Lebens. Immer wieder werden die Gedanken der Kranken auf ihr eigenes Ich gelenkt. Diese unausgesetzte Selbstbeobachtung liefert ihnen stets von neuem die Bestätigung ihrer Befürchtungen und Sorgen

Bei der Mehrzahl der Fälle bleibt es aber nicht bei dieser Angst bestehen. Die fortwährende Beobachtung der Organe des Körpers, die krankhafte Verarbeitung der physiologischen Erscheinungen läßt sie zu dem unausweichbaren Ergebnis gelangen, daß sie unrettbar erkrankt sind. Die Angst vor den Folgen des Leidens, vor unheilbarem Siechtum, vor dem Drohen des Todes tritt in den Vordergrund der Erscheinungen. Die gestörte Empfindung kann auf ein Organ beschränkt bleiben, sie kann aber auch auf die andern Teile des Körpers ausgedehnt werden.

Die Kranken bauen sich gewissermaßen ein eigenes System der Anatomie und Pathologie auf. Wie dieses nun verwertet wird, ob es bei einfacher, im Bereich der physiologischen Möglichkeit liegender Deutung bleibt, oder ob es zu fantastischer Weiterbildung kommt, das hängt von der Veranlagung und dem Bildungsgrade des Erkrankten ab. Die Landbevölkerung glaubt häufig ihre Leiden durch die Tätigkeit von Tieren hervorgerufen; Kriebeln ist durch Ameisen unter der Haut, Schmerzen im Leib durch Würmer und Vögel in den Därmen, Fröschen im Magen veranlaßt. Die Gebildeten beziehen dagegen ihre Beschwerden gern auf eine Alteration ihres Nervensystems, fürchten von Krankheiten befallen zu sein, die grade zu der Zeit besonderes Interesse in der medizinischen und Laienwelt erregen. Die Angst vor Bazillen ist sehr ausgebreitet, Schmerzen im Unterleib sind bei Frauen mit Bestimmtheit durch Uteruscarcinom hervorgerufen, für Schwindel und Vergeßlichkeit muß die Ursache in Gehirnerweichung, für Rückenschmerzen in Tabes zu finden sein. Mit größter Deutlichkeit beobachten die Kranken angebliche Veränderungen der inneren Organe: sie werden größer oder kleiner, ihr Gewicht nimmt zu oder ab, die Därme sind leer, wachsen zusammen, das Gehirn verflüssigt, wird hohl, das Rückenmark ist dünn wie ein Faden.

Charakteristisch ist die konsequente und logische Verarbeitung der Sensationen, das unerschütterliche Festhalten an der einmal gefundenen Deutung, das in den schwereren Formen die Kranken völlig unzugänglich der entgegengesetzten Ansicht des Arztes macht, außerordentlich empfänglich dagegen für jede noch so schwache Bestätigung ihren eignen Diagnose.

In den leichteren Fällen ist die depressive Verstimmung keine dauernde. Schon Tagesschwankungen beobachtet man häufig. Die Beschwerden pflegen morgens am heftigsten aufzutreten, gegen Abend klingen sie ab oder verschwinden ganz, um sich dann am nächsten Morgen mit erneuter Stärke einzustellen. Auch in Gegenwart von Fremden vermögen sich viele Hypochonder zu beherrschen und selbst vergnügt und zu Scherzen aufgelegt zu zeigen; läßt man sie aber allein oder im Kreise der Verwandten, so treten die krankhaften Vorstellungen in verstärktem Maße wieder auf.

Durch einen Zufall, ein hingeworfenes Wort, eine Schrift, Bilder, die in den Kreis der abnormen Empfindungen passen, können Angstparoxysmen höchsten Grades ausgelöst werden. Die Kranken rennen tobend umher, zerreißen ihre Kleider, zerkratzen sich das Gesicht, schreien und jammern, ja, die Erregung kann sich derart steigern, daß ein rücksichtsloser Drang zur Selbstvernichtung die Patienten ergreift. Auch außerhalb dieser Anfälle sind beim Hypochonder Selbstmordversuche und Selbstbeschädigungen nicht selten. Letztere kommen häufig in therapeutischer Absicht vor. Wenn die Kranken ihren Arzt immer wieder vergeblich gebeten haben, sie durch Trepanation, Laparatomie oder Castration von ihren vermeintlichen Leiden zu heilen, dann versuchen sie, selbst die Operation an sich auszuführen, und fügen sich die gefährlichsten Verletzungen zu.

Sind daher die schwer Erkrankten durch die fortwährend nötige Überwachung eine Last für ihre Umgebung, so ist dies nicht minder dort der Fall, wo die Krankheit einen weniger erheblichen Grad erreicht hat. Denn jeder Hypochonder ist ein Egoist, die unausbleibliche Folge der stets nur auf die eigene Person gerichteten Aufmerksamkeit. Alle anderen Interessen werden aufgegeben, der Beruf vernachlässigt, Zeit und Geld werden ganz in den Dienst der Krankheit gestellt. Es ist den Kranken unerträglich, sehen zu müssen, wie ihre Umgebung heiter und vergnügt ist, während sie selbst die fürchterlichsten Qualen ausstehen müssen. Sie verlangen Mitleid und Teilnahme und erzwingen sie sich unter Umständen durch Drohungen sich das Leben zu nehmen, durch Simulation sich nicht bewegen, nicht

sprechen zu können und ähnliche Mittel, durch die die Umgebung in Angst versetzt und genötigt wird, sich ihnen zu widmen.

Neben den Sensationen der Orgengefühle kann es bei schwereren Fällen zu Illusionen des Gesichts- und Gehörssinns kommen. Die gesehenen Gegenstände verlieren die Plastik, erscheinen nach Form, Gestalt und Farbe verändert, es entstehen Nachbilder in wechselnder Färbung. Intensiveres Licht wird nicht vertragen, längeres Fixieren ist unmöglich. Der Kranke hört Sausen und Singen, klagt, er könne auch das leiseste Geräusch vernehmen, auch der geringste Lärm verursache ihm unerträgliche Beschwerden. An diese krankhaft gesteigerten Empfindungen der Sinnesorgane schließt sich wieder die hypochondrische Verarbeitung: die Furcht zu erblinden, verrückt, taub zu werden.

Während über ein Gefühl lähmungsartiger Schwäche in den verschiedensten Muskelpartien häufig geklagt wird, sind wirkliche Lähmungen beim Hypochonder relativ selten; sie kommen hauptsächlich bei Frauen vor. Die Kranke hat das Gefühl, ihre Beine nicht bewegen zu können, jede Herrschaft über die Muskulatur ihres Körpers verloren zu haben. Sie droht zusammenzubrechen, sobald sie gehen oder stehen soll, bewegt aber im Bett ihre Beine gut und schmerzlos. Ebenso wie diese »Lähmungen durch Einbildung« können durch das Gefühl der Schwäche auch schwere Störungen im Bereich der Stimme entstehen. Die Sprache wird leise, eintönig, abgerissen, ja, es kann zu einer vollkommenen Afonie kommen.

Störungen der Sensibilität außer den für die Hypochondrie typischen abnormen Empfindungen subjektiven Charakters finden sich nur sehr selten, umschriebene Anaesthesien nur in den hysterisch-hypochondrischen Mischformen. Doch klagen die Kranken häufig über eine allgemeine Abstumpfung: Freude und Kummer sowie körperliche Schmerzen werden nicht mehr mit der gleichen Intensität empfunden wie in gesunden Tagen, nach Ansicht der Patienten ein neues Zeichen ihres geistigen und körperlichen Absterbens.

Nach dem Maße, in dem die einzelnen Erscheinungen

im Krankheitsbild vertreten sind, kann man mit Mendel drei Formen der Hypochondrie unterscheiden:

1. Die einfache Hypochondrie oder Nosofobie, bei der nur Angst vor dauerndem Siechtum oder Tod besteht, ohne daß die Patienten im Augenblick außer unbestimmten Empfindungen krankhafte Symptome zeigen.
2. Hypochondrie mit Hallucinationen der Organgefühle, die zur Furcht und Angst hinzutreten.
3. Die schwerste Form, bei der sich zu den Symptomen der ersten beiden Abteilungen krankhafte Erscheinungen im Gebiet der höheren Sinnesorgane hinzugesellen.

In auffallendem Widerspruch zu diesen schweren pathologischen körperlichen und geistigen Symptomen stehen gewöhnlich Schlaf und Appetit der Kranken. Beide sind in der Regel vortrefflich. Doch auch hier pflegt sich der Hypochonder den größten Selbsttäuschungen hinzugeben. Immer wieder hört man ihn klagen, er müsse sterben, denn seit Tagen habe er keinen Bissen mehr genießen, kein Auge mehr schließen können.

Was die Ätiologie der Hypochondrie anlangt, so kommt vor allen Dingen eine ererbte psychopathische Veranlagung in Betracht. Sehr häufig wird nur die Neigung zu nervösen und Gemütskrankheiten vererbt, doch sind auch zahlreiche Fälle bekannt, wo die Anlage zu speziell hypochondrischer Verstimmung von den Eltern auf die Nachkommenschaft übertragen wurde.

Den Grund zur Entstehung der hypochondrischen Zustände hatte man vielfach in Erkrankungen des Körpers zu finden geglaubt und demgemäß von einer Hypochondriasis cum materia in Gegensatz zur Hypochondriasis sine materia gesprochen und unter dieser eine Krankheit ohne jede körperliche Grundlage verstanden. Da aber die Organerkrankungen heilen können, ohne daß eine Änderung in der Intensität der Hypochondrie eintritt, da ferner die Patienten sich in der Regel mit Befürchtungen wegen irgend eines gesunden Organs quälen, ohne zu ahnen, daß ein anderes tatsächlich erkrankt ist, so wird diese Unterscheidung am besten fallen gelassen. Ursächlich kommen wohl nur die Erkrankungen des Körpers in Betracht, die den Organismus

schwächen und weniger widerstandsfähig gegen Reize machen, die ihn von außen her treffen, sowie solche, die lästige und aufdringliche Empfindungen hinterlassen und dadurch die Aufmerksamkeit und Gedanken der Erkrankten immer wieder auf denselben Punkt hinziehen.

In dieser Hinsicht handelt es sich in erster Linie um chronische Krankheiten der Verdauungs- und Geschlechtsorgane sowie um schwere chirurgische Eingriffe und Traumen.

Die wichtige Rolle, die der Zustand des Verdauungstractus für das Allgemeinbefinden spielt, kennt auch der Gesunde. Es leuchtet ein, daß die geringste Unregelmäßigkeit in ungleich höherem Maße auf einen Menschen wirken muß, der jede noch so geringfügige Störung in seiner Organfunktion mit außerordentlicher Deutlichkeit wahrnimmt und sie durch Einbildung noch verstärkt.

Von Erkrankungen der Sexualorgane kommen beim weiblichen Geschlecht insbesondere chronische Entzündungen, die Beschwerden der Gravidität und die Erscheinungen des Klimakteriums in Betracht. Eine viel wichtigere Rolle als hier spielt aber die Beziehung der Genitalien zur Hypochondrie bei den Männern. Denn neben die eigentlichen Erkrankungen der Geschlechtsorgane tritt hier noch die funktionelle Schwäche, eine pathologische Erscheinung, die beim Weibe kein Gegenstück hat. Sie führt zu steter Beobachtung und Überwachung der Vorgänge in den Sexualorganen und bietet mit den bei diesen Zuständen besonders typischen Angstanfällen ein sehr charakteristisches Bild der Hypochondrie. Doch darf die Bezeichnung sexuelle Hypochondrie, die wie die gastrische, spinale, cerebrale etc. nach der vorherrschenden abnormen Empfindung gewählt ist, als zu äußerlich nicht angewandt werden.

In Übereinstimmung mit der Anschauung, daß die Hypochondrie auf dem Boden der Neurasthenie erwachse, sehen wir häufig die Tatsache, daß Menschen an ersterer erkranken, deren Nervensystem erschöpft ist durch eine anstrengende oder verantwortungsreiche Tätigkeit ohne ausreichende Ruhepausen, die den ermüdeten Nerven die nötige Erholung bringen könnten. Indessen auch eine vorwiegend sitzende Lebensweise begünstigt die Entstehung der Hypochon-

drie. Als *morbus eruditorum* finden wir sie bei Gelehrten und Beamten, doch auch bei Näherinnen, Schustern und Schneidern ist sie kein ganz seltenes Vorkommnis. Die Veranlassung liegt hier nach Jolly in der nachteiligen Wirkung der Körperhaltung auf die abdominale Zirkulation und die Verdauungsorgane, sodann aber auch in hohem Grade in der gewöhnlich vorhandenen Monotonie der Beschäftigung und der geistigen Eindrücke.

Psychische Ursachen sind ebenfalls von nicht zu unterschätzender Bedeutung für die Auslösung hypochondrischer Vorstellungen. Dauernde traurige Gemütsstimmung, anhaltender Kummer, Sorgen und Angst im Kampf ums Dasein, durch unglückliche häusliche Verhältnisse veranlaßte Aufregungen, gekränktes Ehrgefühl, sie alle sind praedisponierende Momente.

Von großer Wichtigkeit sind auch die »aus krankhafter Idee« hervorgegangenen hypochondrischen Wahnideen, deren reinsten Typus die »Medizinerhypochondrie« darstellt. Sehr häufig verfällt der junge Mediziner hypochondrischen Eindrücken und glaubt, die ihm in der Klinik demonstrierten Krankheitssymptome, besonders die des Zentralnervensystems, an sich wiederzufinden. Dieselbe Erscheinung sieht man auch bei Laien vorkommen durch die Lektüre populärer Krankheitsschilderungen, die Furcht zur Zeit von Epidemien, die Begegnung mit besonders eindrucksvollen pathologischen Zuständen.

Aber alle diese Momente sind in der Regel nicht imstande, bei einem vollkommen gesunden Menschen Hypochondrie zu erzeugen. Sie vermögen nur da das Entstehen des Leidens zu veranlassen, wo schon vorher eine geringere Widerstandsfähigkeit des Nervensystems vorhanden war, mag sie nun angeboren oder durch schwächende Einflüsse erworben sein.

Die Form, bei der solche zufälligen Ereignisse nötig sind, um die Hypochondrie erwachsen zu lassen, hat man als *accidentelle Hypochondrie* bezeichnet im Gegensatz zur *konstitutionellen*, bei der sich die typischen Erscheinungen nur als Ausdruck eines schon bestehenden, fertigen psychopathischen Zustandes entwickeln. Zwischen beiden Formen finden sich indes soviel Übergänge, daß von einer scharfen Abgrenzung nicht die Rede sein kann.

Die konstitutionelle Hypochondrie ist ein außerordentlich chronischer Zustand, bei dem gewöhnlich Perioden schwerer gemüthlicher Depression mit Zeiten relativen Wohlbefindens wechseln. Doch kann das Leiden auch ohne jede Remission einen durchaus kontinuierlichen Verlauf nehmen. Die Prognose ist also eine sehr schlechte. Nach Zeiten scheinbarer Heilung oder Besserung kommt es immer wieder zu neuem Ausbruch der Krankheit.

Den Boden, auf dem die accidentelle Hypochondrie erwächst, bildet ein psychopathisch veranlagtes oder durch chronische Krankheiten, Sorgen, sexuelle Excesse, berufliche Aufregungen u. a. geschwächtes Nervensystem. Auf dem so vorbereiteten Grund läßt ein zufälliges Ereignis den hypochondrischen Wahn entstehen. Auch die zur Zeit des Klimakteriums vorkommenden, außerordentlich chronischen Formen sind hierher zu rechnen.

Während die konstitutionelle Hypochondrie sich in jedem Alter entwickeln kann, sieht man die accidentelle hauptsächlich in der Zeit der höchsten geistigen Anspannung, dem 25.—50. Lebensjahre, auftreten.

In den beiden Abtheilungen, accidentelle und konstitutionelle Hypochondrie, lassen sich die Fälle nicht unterbringen, in denen bei Eltern und Verwandten der Kranken nichts von nervösen Erscheinungen zu finden ist, von einer ererbten psychopathischen Veranlagung also nicht die Rede sein kann, und die Patienten zugleich ein durchaus gesundheitsgemäßes Leben geführt haben ohne übertriebenen Alkoholgenuß und ohne Überreizung und Schwächung des Nervensystems. Die seltenen Fälle, bei denen durch einen besonders starken Effekt die Hypochondrie bei einem vorher gesunden Menschen plötzlich mit allen ihren Symptomen zum Ausbruch kommt, hat Jolly dahin gedeutet, daß »eben dieser Affekt gleichzeitig die allgemeine Veränderung der nervösen Reaktion und die besondere Richtung der krankhaften Verstimmung hervorruft«. Diese Erklärung trifft aber nicht zu bei Krankheitsfällen, bei denen ein Mensch, der vorher gar keine nervösen Symptome bot, plötzlich ohne äußerlich erkennbare Ursache Hypochonder wird.

Ein solcher Fall kam in der Psychiatrischen Klinik zu Kiel zur Aufnahme. In folgendem seien die Erscheinungen und der Verlauf der Krankheit wiedergegeben:

Chr. L. 56 Jahre alt. Fischer aus Eckernförde.

Patient wird von seiner Frau gebracht am 17. Juni 1905.

Sie gibt zur Anamnese an:

Hereditäre Belastung liegt nicht vor.

Blutsverwandtschaft der Eltern besteht nicht.

Über Kinderkrankheiten des Patienten ist nichts bekannt.

In der Schule hat er immer gut und leicht gelernt.

Nachdem Patient 1870—71 bei der Marine gedient hatte, hat er immer fleißig in seinem Beruf als Fischer gearbeitet. Er trank wenig. Im Jahre 1875 verheiratete er sich. Von 9 Kindern starben 6 während der Geburt, die übrigen 3 in den ersten Lebensjahren. Referentin hat nie abortiert.

Außer einmaliger Erkrankung an Rheumatismus war Patient bis 1902 stets gesund. Seit diesem Jahre ist er wegen eines Magenleidens arbeitsunfähig. Beschwerden von seiten des Magens hatte er schon seit 1896. 1903 wurde er in der Kieler Medizinischen Klinik behandelt (Chronischer Magenkatarrh, Hyperacidität, Pylorusstenose laut Krankengeschichte der Medizinischen Klinik). Seit der Zeit blieb er wegen des Magenleidens zu Hause stets in ärztlicher Behandlung. Im Sommer 1904 wurde Patient in der Armenanstalt zu Eckernförde, wo er wegen Erkrankung der Referentin sich aufhielt, auf das Steinpflaster geworfen und klagt seitdem über Schmerzen in der rechten Seite. Seit der Zeit jammert er viel. Er ist immer in schlechter Stimmung, klagt, er habe stets schlechten Geschmack im Munde, sein Magen verdaue nicht mehr, er könne nicht gehen, habe keinen Stuhlgang mehr (tatsächlich erfolgt er ziemlich häufig).

Im Februar 1905 versuchte Patient sich zu erhängen. Von Referentin abgeschnitten erholte er sich nach 10 Minuten von seiner Bewußtlosigkeit, schrie darauf fortwährend: »Mutter wo bin ich? Was ist mit mir passiert?« Seit der Zeit will er nicht mehr allein sein. Kein neuer Erhängungsversuch.

In der Klinik fügt Patient den anamnestischen Angaben der Frau hinzu:

Als Kind ist er nachts bisweilen aufgestanden und umhergegangen, ebenso einmal während seiner Militärzeit. An Krämpfen und Kopfschmerzen hat er niemals gelitten. In seiner Jugend ist er einmal plötzlich schwindlig geworden und ins Wasser gefallen; sonst hat er nie derartige Zustände gehabt. Geschlechtliche Infektion wird negiert.

Status: Kräftiger Knochenbau, schlaaffe Muskulatur, mäßige Ernährung.

Haupthaar gelichtet, Gesicht faltig, Temporalis stark geschlängelt.

Schädel auf Druck und Klopfen nicht empfindlich. Seine Maße betragen: Länge: $19\frac{1}{2}$ cm, Breite: $16\frac{1}{2}$ cm, Umfang: $56\frac{1}{2}$ cm.

Strichförmige Narbe über der linken Augenbraue (durch Schlag vor vielen Jahren entstanden). Sonst keine Narben.

Pupillen: mittelweit, nicht ganz rund, linke eine Spur weiter als rechte. Reaktion auf Lichteinfall und bei Konvergenz normal.

Augenbewegungen: frei. Konjunktivalreflex: positiv.

Beide Gesichtshälften symmetrisch, Mund nicht verzogen. Zunge zittert beim Herausstrecken; ist belegt.

Rachen gerötet. Rachenreflex sehr lebhaft. Gaumenbögen gleichmäßig gehoben.

Tremor der gespreizten Finger.

Linker kleiner Finger in starker Beugekontraktur.

Reflexe der oberen Extremitäten: positiv. Mechanische Muskeleerregbarkeit teilweise gesteigert. Vasomotorisches Nachröten mit deutlicher Gänsehautbildung. Am Dynamometer: rechts 80, links 50.

Abdominalreflex nicht deutlich. Cremasterreflex lebhaft.

Varicen an den unteren Extremitäten.

Patellarreflex sehr lebhaft; kein Patellarklonus.

Achillessehnenreflex sehr lebhaft; kein Fußklonus. Fußsohlenreflex: lebhaft. Plantarflexion der Zehen.

Gang sicher, langsam. Rombergsches Symptom nicht vorhanden.

Große Nervenstämme der Extremitäten sehr druckempfindlich. Pinselberührungen prompt lokalisiert. Spitze und Knopf sicher unterschieden. Schmerzempfindung normal.

Puls 72, regelmäßig; Radialis nicht rigid. Urin frei von Eiweiß und Zucker.

Auf Befragen gibt Patient folgendes an: Er habe im Mund keinen Geschmack. In der Magengegend fühle er brennende Schmerzen: er glaube, sie seien durch die Medizin, besonders das Rizinusöl, das er habe einnehmen müssen, entstanden, hauptsächlich aber durch das Auspumpen des Magens in der medizinischen Klinik. Dabei sei einmal das Wasser nicht wieder herausgekommen, sondern schwarz gefärbt mit dem Stuhlgang abgegangen. Seit der Zeit sei der Magen ruiniert und könne nicht mehr verdauen. Im Leib klopfe es immer, in der linken Seite wackele es und stoße nach dem rechten Arm hin. Schlafen könne er garnicht mehr, er werde sofort durch schreckliche Träume wieder wach. Ihm sei so ängstlich zu Mute. Obwohl er fürchterliche Schmerzen auszuhalten habe, habe er doch nie versucht, sich das Leben zu nehmen. Auf Vorhalt gibt er zu: »Ja, damals wollte ich mich aufhängen, daran habe ich aber später nie mehr gedacht.« In seinen Ohren klinge es, als ob ein Vogel singt, Worte könne er nicht verstehen. Sein Gedächtnis sei ganz schlecht geworden, er könne nicht mehr denken, nicht einmal mehr bis 50 zählen. Macht den Versuch, kommt bis 30, sagt dann: »vier — jetzt geht es nicht weiter«. Während er früher gut gerechnet habe, könne er das jetzt garnicht mehr; (leichtere ihm gestellte Rechenaufgaben löst er richtig). Es sei ihm unmöglich zu fischen, höchstens sei er noch imstande Netze zu flicken. Seine Lunge liege allein. Die Luft gehe in den Magen, so daß er nicht mehr richtig atmen könne. Der Magen, dessen Nerven tot seien, sei mit Schleim und Wasser angefüllt, so daß alle Nahrung in den Urin gehe und kein Stuhlgang mehr erfolge. Nur wenn er ausspucke, bis der Magen leer sei, und dann esse, gingen die Speisen in den Darm und würden mit dem Stuhlgang entleert. Die Leber sei gänzlich verschwunden. Die Augen seien schwach, schmerzen; es flimmere ihm vor den Augen. Die Zähne seien hohl und stumpf, Arme und Beine kraftlos

geworden. Die Füße seien immer kalt. Das Blut sei in Ordnung, aber zu schwach. Er erschrecke beim leisesten Geräusch. Wenn er Urin lassen müsse, habe er Schmerzen im Glied. Vom Geschlechtsverkehr müsse er sich schon seit Jahren fernhalten. Essen könne er nichts, Brod müsse er sich hinunterquälen, vom Milchtrinken bekomme er nur noch mehr Schleim in Hals und Magen.

Über seine Krankheit habe er viel nachgedacht, denn er wisse, sie könne nie wieder besser werden. Darum habe er sich auch zu erhängen versucht. Er wolle nie wieder Hand an sich legen, denn er müsse ja doch bald sterben.

Als er im vorigen Jahre vom Armenarzt nach Eckernförde ins Armenhaus geschickt war, habe er nicht arbeiten können und sei deshalb drei Mal vom Ökonom geprügelt und von dessen Frau ins Gesicht gespuckt worden. Er habe dort täglich zwei Löffel Rizinusöl einnehmen müssen. Schließlich sei in seinen Entleerungen nur noch Rizinusöl gewesen.

Feinde habe er keine. Die Leute in seinem Hause seien ihm freundlich gesinnt.

Patient unterbricht seine Aussagen fortwährend durch Jammern, Seufzen und Stöhnen: »Wie man das nur so lange aushalten kann, es ist schrecklich! Mir ist so schlecht zu Mut, drei Jahre jetzt, es ist schrecklich, schrecklich.«

Die Krankheit verlief weiterhin folgendermaßen:

18. 6. 1905. Patient hat nachts ziemlich gut geschlafen. Er ißt gut, behauptet aber, gar keinen Appetit zu haben und nichts essen zu können. Er habe keinen Stuhlgang, es sei überhaupt viel schlechter mit ihm geworden.

20. 6. 1905. Die Klagen haben zugenommen. Patient redet viel, er müsse bald sterben. Alles Essen gehe mit dem Urin ab, Stuhlgang habe er garnicht mehr, die Därme seien ganz leer. Der üble Geschmack im Mund sei unerträglich. Bei diesen Klagen macht er fortwährend schmatzende Schluckbewegungen.

Tatsächlich ist der Stuhlgang nach Menge und Konsistenz normal, der Appetit gut. Patient unterhält sich lebhaft mit den andern Kranken, bringt aber auch dabei seine Beschwerden vor: er lebe keine zehn Stunden mehr. In der rechten Brustseite gebe es einen Ruck, dann stoße es im rechten

Oberarm. Die Muskeln seien dort völlig verschwunden. Er glaube, das komme von der Veränderung der Lunge. Das Herz klopfe zu wenig in der letzten Zeit. Er lasse drei bis vier mal täglich Urin, das sei zu viel. Das Leiden habe 1895 begonnen und sich immer weiter ausgebreitet; jetzt könne er nicht einmal mehr sprechen. Jetzt sei er immer unglücklich, während er früher stets vergnügt und heiter gewesen sei.

24. 6. 1905. Patient klagt fortgesetzt über kalte Füße. Es friere ihn so am ganzen Körper wie früher nie, auch wenn er mit seinem Boot im stärksten Eisgang war. Hungrig und durstig sei er nie (tatsächlich ißt und trinkt er mit gutem Appetit). Er wettet mit einem andern Patienten, daß er heute noch sterben werde, da »sein Rücken so kaput ist«. Sobald der Arzt den Saal verläßt, lacht er und ist vergnügt.

25. 6. 1905. Die Klagen bleiben die gleichen, doch sollen alle Beschwerden zugenommen haben. Patient meint die Schmerzen nicht mehr ertragen zu können. Appetit gut, Stuhlgang normal.

29. 6. 1905. Zu den alten vor dem Arzt immer wiederholten Klagen kommen neue: Patient habe Schmerzen in der rechten Hüfte, da klopfe die Lunge. Er habe viele »Pieken« auf Schultern und Zunge (auf den Schultern geringe Akne, Zunge ohne Besonderheiten). Trotzdem der Stuhlgang normal ist, behauptet er, er entleere nur noch Schleim, sofort nach dem Essen gingen die Speisen wieder ab. Wenn der Arzt nicht anwesend ist, schaut er vergnügt aus dem Fenster, turnt an seinem Bett, singt plattdeutsche Lieder, die er einem andern Patienten diktirt.

3. 7. 1905. Patient klagt über Zittern in der Magen- gegend, sagt, das Herz stände still, früher habe es viel lebhafter geschlagen; er müsse bestimmt bald sterben.

4. 7. 1905. Patient ist ärgerlich, wenn die andern Kranken ihn anreden. Er beklagt sich, er werde ausgelacht, er werde beim Bohnern gegen die Betten gestoßen, daß die Zähne in seinem Mund klapperten.

6. 7. 1905. Auf Wunsch seiner Frau, die auf die Suicidgefahr aufmerksam gemacht ist, wird Patient ungeheilt entlassen.

In den 5 Monaten, die L. vom Juli an außerhalb der Klinik verbrachte, änderte sich nichts in seinem Zustand. Einen Selbstmordversuch unternahm er nicht.

1. 12. 1905. L. wird im Sanitätswagen in die Klinik gebracht. Er jammert, er wäre besser zu Hause geblieben, er hätte nicht kommen wollen, denn er könne ja doch keine zwei Stunden mehr leben. Er sei so flau wie nie zuvor, sein Körper sei ganz blau vom Fahren geworden (objektiv zeigt sich nichts).

Die körperliche Untersuchung ergibt das gleiche wie bei der vorigen Aufnahme.

Nachdem Patient willig mit auf die Station gegangen ist, gibt er teils auf Befragen, teils spontan an:

Vor 4 Monaten sei er aus der Klinik entlassen worden. Seit der Zeit sei sein Zustand immer der gleiche geblieben. Schlafen habe er nicht gekonnt, denn er sei sofort durch Träume wieder aufgeschreckt worden. Außerdem laufe ihm, wenn er sich hinlege, sofort das Wasser in den Mund, nur im Sitzen könne er es unten halten. Er sei ganz gedankenlos gewesen, habe nur wenig arbeiten, nur Netze flicken und Essen kochen können. Jetzt gehe es zu Ende mit ihm, er könne nicht mehr stehen und sitzen. »Ich lebe keine Stunde mehr«. Suicidtendenzen haben nicht bestanden. Er habe sich möglichst bemüht zu essen, doch ohne Erfolg, er bekomme dabei zu heftige Magenschmerzen. Er verdaue nicht mehr, das Essen müsse er nachts ausspucken, oder es gehe mit dem Urin weg. Stuhlgang habe er nur wenig, höchstens alle zwei Tage.

In den Lungen klopfe es immer, weil durch die Luftröhre keine Luft in sie eindringe. Er hole Luft und spreche vom Magen her, wie er deutlich merken könne. Das Herz klopfe nur schwach, im Liegen nur bei jedem Atemzug. Die Leber sei wohl verschwunden, da an ihrer Stelle der Magen liege. Auch die Därme fehlen völlig auf einer Seite.

Urin lasse er zu viel, zwei bis drei mal stündlich; er rieche streng. Der Kopf sei hohl, in den Ohren singe es immer. Dabei höre er viel zu gut, das geringste Geräusch schon könne er nicht ertragen. Sehen könne er zwar gut, doch flimmere es ihm beim Lesen vor den Augen. Schmecken

und Riechen sei unmöglich, darum sei er auch nie hungrig und durstig.

4. 12. 1905. Patient bittet, man solle sofort seine Frau telefonisch herbeirufen, denn er müsse noch heute sterben. Der Magen sei angefüllt mit Schleim; im Kopf und unter den Achseln klopfe es.

6. 12. 1905. Die Beschwerden sind immer die gleichen. Er könne nachts keinen Moment schlafen, er »zwingt sich das Essen nur so hinein.« Lange könne er es nicht mehr aushalten. Tatsächlich ißt er gut, schläft lange und fest, unterhält sich bisweilen mit den andern Kranken.

22. 12. 1905. Immer dieselben Klagen über Schmerzen, Schlaflosigkeit und Todesangst. Bisweilen ist Patient vergnügt und macht Witze. Er wird einmal gesehen, wie er sich vor Lachen schüttelt. Appetit und Schlaf sind gut, Stuhlgang normal.

29. 12. 1905. Patient soll baden, weigert sich, wirft sich auf den Boden, schreit, schlägt mit Händen und Füßen um sich, stößt den Kopf auf die Erde und behauptet, nicht mehr aufstehen zu können. Nach wenigen Minuten beruhigt er sich und legt sich zu Bett.

8. 1. 1906. Die Klagen sind stets die gleichen. Die Schmerzen seien unerträglich, Stuhlgang sei seit Wochen nicht erfolgt (tatsächlich einmal täglich), das Wasser laufe fortwährend von ihm weg, er müsse sofort sterben. Wenn er sich unbeobachtet glaubt, geht er munter im Saal umher, sonst ist sein Wesen jämmerlich und bedrückt.

1. 2. 1906. Patient kommt seit einiger Zeit täglich mindestens zwei Mal ins Ärztezimmer, erzählt von seinen Leiden, macht bisweilen kleine Witze und lacht. Nach einiger Zeit geht er stöhnend, aber augenscheinlich befriedigt wieder fort.

11. 2. 1906. Durch die Nachricht von einer Erkrankung seiner Frau ist das Wesen des Patienten noch trübseliger geworden. Er klagt immer wieder über die Unmöglichkeit zu essen und zu verdauen und äußert die bestimmte Überzeugung, in den nächsten Stunden sterben zu müssen. Er verzehrt tatsächlich sein ganzes Essen mit großem Appetit und nimmt ständig zu.

21. 2. 1906. Auf Wunsch der auf die Suicidgefahr aufmerksam gemachten Frau wird Patient ungeheilt entlassen.

Das beschriebene Krankheitsbild ist das einer Psychose depressiven Charakters mit ausgesprochen hypochondrischen Wahnvorstellungen. Um Paranoia handelt es sich nicht. Der Kranke faßt seine Leiden als spontan entstanden auf, er glaubt nicht, daß sie durch die Machenschaften irgend eines Feindes hervorgerufen sind.

Die Krankheit gehört zur schwersten Form der Hypochondrie, denn zu den Empfindungsstörungen innerhalb der verschiedensten Organe ist Nachlassen der Gedächtniskraft und eine Reihe von Hallucinationen der höheren Sinnesorgane getreten, wie das Hören von Gesang und das Flimmern vor den Augen.

Bei der Schwere der Krankheit und der längeren unveränderten Dauer ihres Bestehens ist die Prognose trotz der gelegentlichen Remissionen durchaus ungünstig. Eine eigentliche Gefahr für das Leben besteht zur Zeit nicht. Sie kann aber jeden Augenblick drohen, sobald die Suicidtendenzen des Patienten neu erwachen. Daher ist eine stete Beaufsichtigung unerlässlich.

Bemerkenswert an unserm Fall ist, daß von all den Umständen, die als wesentlich für das Entstehen der Hypochondrie angesehen werden, sich keiner nachweisen läßt. Eine ererbte Anlage besteht nicht, der Alkoholgenuß bewegte sich in mäßigen Grenzen. Ein Trauma hat nicht stattgefunden, denn der vor vielen Jahren erfolgte Schlag auf den Kopf, der seit seiner Heilung keinerlei Erscheinungen mehr auslöste, kann nicht in Betracht kommen. Von einer vorausgegangenen erschöpfenden Periode darf nicht die Rede sein. Der Mann hat als Fischer einen gesundheitsgemäßen Beruf, der nicht viel Aufregungen mit sich bringt und frei ist von großer Monotonie, die den Grund für hypochondrische Wahnvorstellungen bieten könnte. Häusliche Sorgen und Not bedrückten den Patienten nicht: er hatte ein gutes Auskommen und lebte in Eintracht mit seiner Frau und seinen Bekannten.

Zur Annahme irgend einer psychopathischen Anlage sehen wir keine Berechtigung. Der einmalige angebliche Schwindelanfall in der Jugend blieb ohne Wiederholung und hat gar keine Bedeutung. Als auslösendes Moment könnte man die Erkrankung des Magens ansehen, an der der Patient angeblich seit dem Jahre 1896 leidet. Die objektive Untersuchung in der Kieler Medizinischen Klinik ergab jedoch einen Befund, der unmöglich den Anlaß zu den erheblichen Beschwerden bieten konnte, über die der Patient klagte. Auch bei fortschreitender Besserung blieb das subjektive Befinden unverändert, ließen die Schmerzen nach Angabe des Kranken nicht nach. Da auch später Klagen über abnorme Vorgänge in den Verdauungsorganen immer wieder in allererster Linie von dem Patienten geäußert wurden, so wird man mit der Ansicht nicht fehlgehen, daß die vom Magen ausgehenden Beschwerden von Anfang an ein Symptom bestehender Hypochondrie bildeten.

Wir haben es also mit einem Fall reiner Hypochondrie zu tun, die spontan entstanden ist und nicht als Teilerscheinung irgend einer andern Nerven- oder Gemütskrankung aufgefaßt werden darf. Er ist ein Beitrag zur Unterstützung der Bestrebungen, die die Hypochondrie als selbständige Krankheit weiterhin betrachtet sehen wollen.

Herr Geh. Med.-Rat Professor Dr. Siemerling hatte die Güte, mir das Material zur Verfügung zu stellen und mich bei der Anfertigung der Arbeit auf das freundlichste zu unterstützen. Ich erlaube mir, ihm auch an dieser Stelle meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

Literatur.

- Binswanger und Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie. Jena 1905.
Böttiger, Über Hypochondrie. Archiv für Psychiatrie. Band XXXI.
Hitzig, Der Schwindel. Spez. Pathologie und Therapie, herausgegeben von Nothnagel. Band XII. 2.
Jolly, Die Hypochondrie. Handbuch der praktischen Medizin, herausgegeben von Ebstein und Schwalbe. Band IV.
Kraepelin, Psychiatrie. II. Band. Leipzig 1904.
Krafft-Ebing, Nervosität und Neurasthenische Zustände. Wien 1905.
Raecke, Über Hypochondrie. Zeitschr. für Psychiatrie. Band LIX.
Romberg, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin 1853.
Schott, Über Hypochondrie und hypochondrische Zustände. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 1905, Nr. 51.
Wollenberg, Die Hypochondrie. Spez. Pathologie und Therapie, herausgegeben von Nothnagel. Band XII. 1.

Lebenslauf.

Ich, Ernst Julius Wolffson, evangelischer Konfession, bin am 24. Dezember 1881 in Hamburg geboren. Meine Eltern sind der Rechtsanwalt Dr. jur. Albert Wolffson und seine Ehefrau Helene, geb. Leppoc. Ich besuchte in Hamburg die Vorschule des Herrn Thomsen und das Wilhelm-Gymnasium, an dem ich Ostern 1900 mein Abiturentenexamen bestand. Ich studierte 4 Semester an der Universität Tübingen Medizin und bestand hier im März 1902 die ärztliche Vorprüfung. In München studierte ich 1, in Straßburg i. E. 2 Semester und diente hier zugleich als Einjähriger im 1. Oberels. Feld-Art.-Regt. Nr. 15. Darauf studierte ich 4 Semester in Kiel, wo ich am 16. Februar 1906 die ärztliche Staatsprüfung und am 2. April 1906 das Kolloquium des Doktorexamens bestand.

Landesrat

Der Landesrat ist ein gesetzgebendes Organ, das aus den Abgeordneten des Landtages und den Mitgliedern der Landesparlamentarischen Versammlung besteht. Er ist das höchste Organ der Landesverwaltung und ist für die Ausführung der Gesetze des Reiches und der Landesgesetze verantwortlich. Der Landesrat ist auch für die Verwaltung der Landesangelegenheiten zuständig und ist in der Lage, die Landesverwaltung zu organisieren und zu leiten. Der Landesrat ist auch für die Verwaltung der Landesfinanzen zuständig und ist in der Lage, die Landesfinanzen zu organisieren und zu leiten. Der Landesrat ist auch für die Verwaltung der Landesjustiz zuständig und ist in der Lage, die Landesjustiz zu organisieren und zu leiten. Der Landesrat ist auch für die Verwaltung der Landespolizei zuständig und ist in der Lage, die Landespolizei zu organisieren und zu leiten. Der Landesrat ist auch für die Verwaltung der Landesverwaltung zuständig und ist in der Lage, die Landesverwaltung zu organisieren und zu leiten. Der Landesrat ist auch für die Verwaltung der Landesjustiz zuständig und ist in der Lage, die Landesjustiz zu organisieren und zu leiten. Der Landesrat ist auch für die Verwaltung der Landespolizei zuständig und ist in der Lage, die Landespolizei zu organisieren und zu leiten. Der Landesrat ist auch für die Verwaltung der Landesverwaltung zuständig und ist in der Lage, die Landesverwaltung zu organisieren und zu leiten.

